



santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)

BELIN-LEDUC GERALDINE

Objet : paiement d'indemnités journalières

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex

000013

DOMAINE A.F.GROS
1 PL DE L EUROPE
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de donner suite à l'arrêt prescrit le 30/01/2024 à temps partiel Thérapeutique concernant votre salarié(e) Mme LEDUC GERALDINE REGINE PAU, veuillez nous adresser :

- Le Dernier jour Travaillé doit être le 29/01/2024

Nous vous demandons de bien vouloir joindre la présente lettre à votre réponse.

Avec nos remerciements,

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Votre interlocuteur

Corinne Barbant

PJ: PE-Attestation salaire pour IJ



ESMA00509

2680628280045



N° 12002*06

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS

- JOURNALIÈRES MALADIE MATERNITÉ PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT
 ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

Cette attestation n'est pas à délivrer en cas d'accident du travail.

(Art. L 323-4, L 331-3, L 331-8, R 323-4, R 323-6, R 323-8, R 323-10 et R 331-5 du code de la Sécurité Sociale)

 ATTESTATION RECTIFICATIVE*Pour compléter cette attestation reportez-vous à la notice correspondante.***1 IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR**NOM - PRÉNOM
OU DÉNOMINATION SOCIALE

ADRESSE

N° TÉLÉPHONE
(facultatif)

CODE POSTAL

COMMUNE

Numéro employeur ou Numéro SIRET

2 IDENTIFICATION DU SALARIÉ

N° D'IMMATRICULATION

CATÉGORIE OU EMPLOI OCCUPÉ

NOM DE FAMILLE
(suivi, s'il y a lieu, du nom d'usage)
PRÉNOM (S)

DATE DE NAISSANCE

ADRESSE

CODE POSTAL

COMMUNE

3 ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊTDate du dernier jour de travail : Date de début du congé
paternité / accueil de l'enfant : Date de reprise anticipée du travail : Situation à la date de l'arrêt : Nombre d'enfants
à charge : Reprise à temps partiel (accord de la MSA) Motif de la suspension
du contrat de travail travail de nuit
 exposition à un risque
ou
 Raison personnelleÀ compter du : Date de suspension du contrat de travail
Non repris ce jour : **4 ÉTUDE DES DROITS**Montant des cotisations sur salaire
Plus de 150 h de travailMontant des cotisations sur salaire
Plus de 600 h de travail

Pour la période du :

au

5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

SALAIRES DE RÉFÉRENCE en €

SALAIRE DE BASE		L'ASSURÉ N'A PAS TRAVAILLÉ A TEMPS COMPLET PENDANT LA PÉRIODE DE RÉFÉRENCE				
Période de référence		Montant du salaire	Motif de l'absence	Nombre d'heures réellement effectuées	Nombre d'heures correspondant au contrat de travail	Salaire reconstitué brut
Du	Au					
1	2	3	4	5	6	7

6 TEMPS PARTIEL THÉRAPEUTIQUE

PÉRIODE DE RÉFÉRENCE		SALAIRE DE BASE en €	
Du	Au	Salaire réel brut perçu au titre de l'activité partielle	Salaire réel brut correspondant à l'activité exercée en application du contrat de travail

7 MATERNITÉ (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉE AU DÉBUT DU REPOS PRÉNATAL)

Signature de l'assurée

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant au moins 8 semaines au titre du congé légal, je ne pourrai pas prétendre à l'indemnisation de l'arrêt de travail entraîné par ma maternité.

8 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT (À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ AU DÉBUT DU CONGÉ)

Signature de la personne assurée

Je note qu'à défaut de cesser tout travail salarié pendant la durée de mon congé de paternité, je ne pourrai pas prétendre au versement d'indemnités journalières de paternité.

9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Détail des primes soumises à cotisation (y compris celles incluses dans le salaire figurant au cadre 5)
 12 mois civils Date de versement Période à laquelle se rapporte le versement Montant brut en €

Date du dernier jour de mensualisation :

10 DEMANDE DE SUBROGATION EN CAS DE MAINTIEN DE SALAIRE

A COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Période pendant laquelle l'employeur demande la subrogation :

du au

Fait à :

Le :

Signature de l'employeur

Nom du signataire :

Qualité :

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (art. L.114-13 du Code de la Sécurité Sociale, 441-1 du Code Pénal). La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant, auprès de votre organisme d'assurance maladie.



Notice d'information



N° 50920#06

ATTESTATION DE SALAIRE POUR LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS JOURNALIÈRES MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT, ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

- Dès la fin de la période d'arrêt de travail mentionnée sur l'avis d'arrêt de travail établi par le médecin, l'employeur doit cocher le risque et compléter les cadres 1-2-3-4-5-9 et 10 éventuellement. Cette attestation doit être adressée à la Mutualité Sociale Agricole.
- S'il y a prolongation de l'arrêt de travail, l'employeur doit délivrer une 2^e attestation à la reprise effective d'activité.
- Si l'assuré(e) travaille pour plusieurs employeurs, chacun d'eux doit remplir une attestation.

CADRE 3 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

MALADIE, MATERNITÉ, PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT

Situation à la date d'arrêt : précisez – chômage, licenciement, démission, congé payé ou non payé, congé de conversion en indiquant la date du dernier jour de travail effectif précédant le congé. Si votre salarié(e) était en congés payés au moment de l'arrêt de travail, le dernier jour de travail à considérer est celui précédant la prescription de l'arrêt de travail.

ALLOCATION JOURNALIÈRE DE MATERNITÉ

Vous devez indiquer le motif et la date de suspension du contrat de travail faisant suite à l'impossibilité de reclassement de l'assurée sur un poste de travail de jour ou sur un poste moins exposé :

- femme enceinte exposée à un agent toxique pour la reproduction, au benzène, à un produit anti-parasitaire à usage agricole, au plomb métallique et à ses composés,
- femme enceinte intervenant en milieu hyperbare,
- femme enceinte exposée à un risque de rubéole ou de toxoplasme.

CADRE 4 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT L'ÉTUDE DU DOSSIER ARRÊT

CAS GÉNÉRAL

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 6 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case «plus de 150 h». Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 3 mois civils ou des 90 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CAS PARTICULIERS

Activité saisonnière ou discontinue

Précisez le montant des cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès calculées sur les rémunérations perçues au cours des 12 mois civils précédant la date d'arrêt effectif du travail,

OU

Cochez la case «plus de 600 h». Ce nombre d'heures doit avoir été effectué au cours des 12 mois civils ou des 365 jours consécutifs précédant la date d'arrêt effectif du travail.

CADRE 5 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES PRESTATIONS

CATÉGORIES	PAIES A PRÉCISER (1 paie par ligne suivant la périodicité)
Salariés payés au mois	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salariés payés toutes les deux semaines	6 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Salariés payés à la semaine	12 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail
Travailleurs saisonniers ou salariés occupant une activité discontinue	Les paies des 12 mois civils précédant l'interruption de travail
Salariés ayant une autre périodicité de paies	3 dernières paies des mois civils antérieurs à l'interruption de travail

PAO CCMSA - Réf. : 10027/2015 - Notice_page 1

COLONNE 3 Montant du salaire à retenir en cas de maladie ou en présence d'une allocation journalière maternité versée aux femmes exposées à certains risques ou d'un congé maternité, paternité/accueil de l'enfant.

Maladie - Allocation journalière de maternité

Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues par le salarié au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et décès, après abattement éventuel pour frais professionnels.

NB - Le salaire brut à retenir pour le calcul des indemnités journalières maladie est plafonné à 1,8 Smic en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail.

Maternité - Paternité / accueil de l'enfant

Il s'agit de la même base que définie ci-dessus.

NB - Le salaire brut à retenir pour le calcul des indemnités journalières maternité est limité au plafond de la sécurité sociale en vigueur le dernier jour du mois civil précédant celui de l'interruption de travail.

COLONNE 4 Motif de l'absence

Indiquez selon le cas, maladie (MAL), accident du travail (AT), maternité (MAT), paternité (PAT) chômage total ou partiel (CHOM), fermeture de l'établissement (FERM), congés payés (COP), absence autorisée (ABA) ; autres cas, renseignez-vous auprès de votre Caisse de Mutualité Sociale Agricole.

COLONNE 5 Nombre d'heures réellement effectuées

Il s'agit du nombre d'heures effectuées par l'assuré(e) avant d'être en arrêt de travail.

COLONNE 6 Nombre d'heures correspondant au contrat de travail

Il s'agit du nombre d'heures qui aurait été effectué par le salarié s'il avait pu, à ce poste, travailler à temps complet.

COLONNE 7 Salaire reconstitué brut

Il s'agit du salaire tel que défini en colonne 3, et rétabli sur la base de l'emploi à temps complet.

CADRE 6 RENSEIGNEMENTS PERMETTANT LE CALCUL DES IJ MALADIE DANS LE CADRE DU TEMPS PARTIEL THERAPEUTIQUE

Activité à temps partiel

Indiquez le salaire réel brut déterminé au titre de l'activité salariée partielle par mois civils. Il s'agit du montant sur lequel ont été calculées les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès (après abattement éventuel pour frais professionnels).

Activité à temps plein

Indiquez le salaire réel brut correspondant à l'activité exercée à temps plein sur lequel auraient été calculées les cotisations dues au titre des assurances maladie, maternité, invalidité, décès (après abattement éventuel pour frais professionnels).

CADRE 8 PATERNITÉ / ACCUEIL DE L'ENFANT

La date de début de congé légal ne tient pas compte des jours prévus dans le code du Travail.

CADRE 9 RENSEIGNEMENTS A FOURNIR POUR LES ADHÉRENTS A UNE GARANTIE DE PRÉVOYANCE

Doivent figurer dans ce cadre les primes, rappels et gratifications versés au cours des 12 mois civils qui précèdent l'arrêt de travail.

CADRE 10 DEMANDE DE SUBROGATION DE L'EMPLOYEUR

Lorsque le salaire est maintenu en totalité par l'employeur sans la déduction des indemnités journalières, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré(e) dans ses droits aux indemnités journalières.

En cas de maintien total ou partiel du salaire sous déduction des indemnités journalières en vertu d'un contrat individuel ou collectif de travail, l'employeur est subrogé de plein droit à l'assuré(e) dans ses droits aux indemnités journalières, dans la mesure où le salaire maintenu est d'un montant au moins égal aux dites indemnités pour la période considérée.

En cas de subrogation de l'employeur, si le montant des indemnités journalières est plus élevé que la rémunération versée, l'employeur doit impérativement restituer au salarié la part des indemnités journalières excédant la rémunération maintenue.

En cas de changement de coordonnées bancaires, joindre un RIB.



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)

BELIN-LEDUC GERALDINE

Objet : Attestation temps partiel

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex

000013

DOMAINE A.F.GROS
1 PL DE L EUROPE
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de procéder au règlement des indemnités journalières relatives à un temps partiel thérapeutique / travail léger, les éléments suivants sont nécessaires :

- ♦ la période de travail à temps partiel / travail léger
- ♦ le salaire brut réellement perçu par votre salarié au cours de cette période
- ♦ le motif de son absence
- ♦ le salaire brut perdu par rapport à ce qu'il aurait perçu à temps plein sur cette période (perte de salaire)

Afin de bénéficier du maintien partiel de l'indemnisation maladie pendant la durée de la reprise à temps partiel thérapeutique / temps léger de :

LEDUC GERALDINE REGINE PAU

pour la période du 30/01/2024 au 31/01/2024

nous vous remercions de bien vouloir nous retourner les attestations ci-jointes dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Responsable du Service


Carole Laffond

PJ: Attestation temps partiel
Attestation tps partiel /calcul part cpl



santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant
Téléphone : 0385395083
Réf. du destinataire : 38396734600024
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)
BELIN-LEDUC GERALDINE

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

Certifie que :
2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

A travaillé à temps partiel durant le mois de 30 au 31/01/2024, vous devez nous communiquer :

- pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire
 du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros
 Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros
 du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros
 Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros
 du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros
 Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros
 du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros
 Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

** Perte de salaire : Différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (salaire tel qu'il serait dû à la victime selon son temps de travail habituel avec les primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé à la victime avec les primes).

- pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates et motifs d'absence :
 du/...../..... au/...../..... au motif de :
 du/...../..... au/...../..... au motif de :
 du/...../..... au/...../..... au motif de :

Pendant l'arrêt de travail à temps partiel, merci de préciser si vous effectuez la subrogation (cocher la case correspondante) :

- le versement de son salaire lui a été maintenu
- le versement de son salaire ne lui a pas été maintenu

Date :

Cachet de l'employeur



santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant
Téléphone : 0385395083
Réf. du destinataire : 38396734600024
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)
BELIN-LEDUC GERALDINE

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Afin de nous permettre d'effectuer le calcul de la part complémentaire des indemnités journalières, nous vous demandons de bien vouloir compléter et nous communiquer les éléments suivants concernant :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

1 / Si l'assuré n'a aucune absence : veuillez nous indiquer :

- Période du temps partiel du...../...../..... au/...../.....
et le montant du salaire brut réellement perçu :euros

2 / Si l'assuré a eu une période d'absence : veuillez nous indiquer :

- Période d'absence du/...../..... au/...../.....
et le montant du salaire brut réellement perçu en déduisant le montant brut relatif à l'absence (congés, absence...) : euros

Je soussigné.....

(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

certifie cette déclaration exacte.

Date :

Cachet de l'employeur





santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Exp: Caisse Régionale MSA de Bourgogne 14, rue Félix Trutat 21046 DIJON Cedex
000013

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)

BELIN-LEDUC GERALDINE

Objet : Attestation temps partiel

DOMAINE A.F.GROS
1 PL DE L EUROPE
21630 POMMARD

Madame, Monsieur,

Pour nous permettre de procéder au règlement des indemnités journalières relatives à un temps partiel thérapeutique / travail léger, les éléments suivants sont nécessaires :

- ♦ la période de travail à temps partiel / travail léger
- ♦ le salaire brut réellement perçu par votre salarié au cours de cette période
- ♦ le motif de son absence
- ♦ le salaire brut perdu par rapport à ce qu'il aurait perçu à temps plein sur cette période (perte de salaire)

Afin de bénéficier du maintien partiel de l'indemnisation maladie pendant la durée de la reprise à temps partiel thérapeutique / temps léger de :

LEDUC GERALDINE REGINE PAU

pour la période du 01/02/2024 au 29/02/2024

nous vous remercions de bien vouloir nous retourner les attestations ci-jointes dans les meilleurs délais.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos salutations distinguées.

Le Responsable du Service


Carole Laffond

PJ: Attestation temps partiel
Attestation tps partiel /calcul part cpl



santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant
Téléphone : 0385395083
Réf. du destinataire : 38396734600024
Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)
BELIN-LEDUC GERALDINE

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Je soussigné
(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

Certifie que :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

A travaillé à temps partiel durant le mois de **FEVRIER 2024**, vous devez nous communiquer :

* pour chaque période réellement travaillée à temps partiel thérapeutique la perte de salaire

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

du...../...../..... au/...../..... ** Perte de salaire :euros

Salaire brut si votre salarié avait travaillé à temps plein :euros

** Perte de salaire : Différence entre le salaire théorique brut si l'assuré avait travaillé à temps complet (salaire tel qu'il serait dû à la victime selon son temps de travail habituel avec les primes) et le salaire brut effectivement perçu à temps partiel thérapeutique (salaire tel qu'il est versé à la victime avec les primes).

* pour chaque période de congé ou arrêt de travail temps complet : les dates et motifs d'absence :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

du/...../..... au/...../..... au motif de :

Pendant l'arrêt de travail à temps partiel, merci de préciser si vous effectuez la subrogation (cocher la case correspondante) :

le versement de son salaire lui a été maintenu

le versement de son salaire ne lui a pas été maintenu

Date :

Cachet de l'employeur



santé
famille
retraite
services

Bourgogne



Dijon, le 06 mars 2024

Prestations Espèces Indemnités Journalières

Votre interlocuteur : Corinne Barbant

Téléphone : 0385395083

Réf. du destinataire : 38396734600024

Dossier : 2 68 06 28 280 045 (VA01)

BELIN-LEDUC GERALDINE

ATTESTATION A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Afin de nous permettre d'effectuer le calcul de la part complémentaire des indemnités journalières, nous vous demandons de bien vouloir compléter et nous communiquer les éléments suivants concernant :

2680628280045 - LEDUC GERALDINE REGINE PAU

1 / Si l'assuré n'a aucune absence : veuillez nous indiquer :

- Période du temps partiel du...../...../..... au/...../.....
et le montant du salaire brut réellement perçu :euros

2 / Si l'assuré a eu une période d'absence : veuillez nous indiquer :

- Période d'absence du/...../..... au/...../.....
et le montant du salaire brut réellement perçu en déduisant le montant brut relatif à l'absence (congs, absence...) : euros

Je soussigné.....

(Nom, prénom ou raison sociale de l'employeur)

certifie cette déclaration exacte.

Date :

Cachet de l'employeur

